

DEMANDE DE PENSION ALIMENTAIRE (CHILD SUPPORT REFERRAL)

La division des Pensions alimentaires utilisera vos informations personnelles et votre numéro de sécurité sociale aux fins du recouvrement de la pension alimentaire pour enfants, comme le prescrit le Titre IV-D de la loi sur la Sécurité Sociale.

A. INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS DES ENFANTS

MÈRE DES ENFANTS					PÈRE DES ENFANTS				
Nom et prénom(s) :					Nom et prénom(s) :				
Autres noms utilisés :					Autres noms utilisés :				
Boîte postale ou adresse municipale :					Boîte postale ou adresse municipale :				
Ville :		État :	Code postal :		Ville :		État :	Code postal :	
Numéro de téléphone du domicile : ()		Numéro de messagerie téléphonique: ()			Numéro de téléphone du domicile : ()		Numéro de messagerie téléphonique: ()		
Adresse électronique :					Adresse électronique :				
Numéro de sécurité sociale :		Date de naissance (mois/jour/année):			Numéro de sécurité sociale :		Date de naissance (mois/jour/année):		
Lieu de naissance (ville/comté/état/pays) :					Lieu de naissance (ville/comté/état/pays) :				
Origine ethnique :	Taille :	Poids :	Couleur des cheveux :	Couleur des yeux :	Origine ethnique :	Taille :	Poids :	Couleur des cheveux :	Couleur des yeux :
Langue maternelle (Si la correspondance doit être adressée dans une autre langue que l'anglais) :					Langue maternelle (Si la correspondance doit être adressée dans une autre langue que l'anglais) :				
En cas d'appartenance officielle à une tribu indienne, nom de la tribu :					En cas d'appartenance officielle à une tribu indienne, nom de la tribu :				
L'enfant vit-il dans une réserve indienne ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui					L'enfant vit-il dans une réserve indienne ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
Nom du dernier employeur connu :					Nom du dernier employeur connu :				
Boîte postale ou adresse municipale de l'employeur :					Boîte postale ou adresse municipale de l'employeur :				
Ville de l'employeur :		État :	Code postal :		Ville de l'employeur :		État :	Code postal :	
Numéro de téléphone de l'employeur : ()					Numéro de téléphone de l'employeur : ()				
Nom du grand-père maternel :		Nom de jeune fille de la grand-mère maternelle :			Nom du grand-père paternel :		Nom de jeune fille de la grand-mère paternelle :		

B. RÉSIDENCE DES ENFANTS

Les enfants indiqués à la page 2 vivent-ils avec : Leur mère Leur père Autre (spécifier) : _____

Le parent n'ayant pas la garde a-t-il/elle jamais vécu avec les enfants ou a-t-il/elle contribué à leur prise en charge matérielle dans l'état de Washington ? Non Oui Si oui, à quelles dates ?

C. SI LES ENFANTS NE VIVENT PAS AVEC LEUR PÈRE OU LEUR MÈRE, RENSEIGNER CETTE RUBRIQUE

Votre nom :		Votre boîte postale ou votre adresse municipale :		
Votre numéro de sécurité sociale :	Votre date de naissance :	Votre ville :	Votre état :	Votre code postal :
Votre numéro de téléphone : ()		Votre lien avec l'enfant :		

D. INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS POUR LESQUELS VOUS DEMANDEZ UNE PENSION ALIMENTAIREIndiquez uniquement les enfants des parents indiqués à la page 1 qui **vivent chez vous**. Utilisez si nécessaire une feuille volante.

Nom et prénoms de l'enfant :		Sexe :	Numéro de sécurité sociale :	Le père a-t-il signé une déclaration de paternité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date de naissance (mois/jour/année) :		Lieu de naissance (ville/comté/état/pays) :		
La mère se trouvait-elle dans l'état de Washington au moment de la conception de cet enfant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si la réponse est non, précisez le comté et l'état concernés :		
Existe-t-il une ordonnance alimentaire relative à cet enfant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, date de l'ordonnance (mois/jour/année) :		Si oui, lieu où a été rendue l'ordonnance (comté/état/tribu) :

Nom et prénoms de l'enfant :		Sexe :	Numéro de sécurité sociale :	Le père a-t-il signé une déclaration de paternité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date de naissance (mois/jour/année) :		Lieu de naissance (ville/comté/état/pays) :		
La mère se trouvait-elle dans l'état de Washington au moment de la conception de cet enfant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si la réponse est non, précisez le comté et l'état concernés :		
Existe-t-il une ordonnance alimentaire relative à cet enfant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, date de l'ordonnance (mois/jour/année) :		Si oui, lieu où a été rendue l'ordonnance (comté/état/tribu) :

Nom et prénoms de l'enfant :		Sexe :	Numéro de sécurité sociale :	Le père a-t-il signé une déclaration de paternité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Date de naissance (mois/jour/année) :		Lieu de naissance (ville/comté/état/pays) :		
La mère se trouvait-elle dans l'état de Washington au moment de la conception de cet enfant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si la réponse est non, précisez le comté et l'état concernés :		
Existe-t-il une ordonnance alimentaire relative à cet enfant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, date de l'ordonnance (mois/jour/année) :		Si oui, lieu où a été rendue l'ordonnance (comté/état/tribu) :

E. INFORMATIONS RELATIVES AU MARIAGE CONTRACTÉ PAR LES PARENTS DES ENFANTS INDICUÉS CI-DESSUS

Date du mariage (mois/jour/année) :	Lieu du mariage (comté/état) :
Date du divorce (mois/jour/année) :	Lieu du divorce (comté/état) :
Date de la séparation (mois/jour/année) :	Lieu de la séparation (comté/état) :

F. INFORMATIONS EN MATIÈRE D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DE PENSION ALIMENTAIRE

Avez-vous bénéficié ou les enfants indiqués ci-dessus ont-ils bénéficié de l'assistance publique d'un état ou d'une tribu indienne ?
 Non Oui

Si oui, précisez où (comtés/états/tribus) : _____ Si oui, à quelles dates (mois/années) : _____

S'il existe une ou plusieurs ordonnances alimentaires se rapportant aux enfants sus-mentionnés, quel est le montant **total** des pensions versées pour ces enfants par le parent n'ayant pas la garde (**ne pas inclure des montants dus à un état ou à une tribu indienne**) ? \$ _____.

Dates de versement de la pension : (début) _____ (fin) _____. **Joindre les copies de toutes les ordonnances alimentaires.**

G. DÉCLARATION

Je conviens de déclarer immédiatement par écrit à la division des Pensions alimentaires toute nouvelle information ou tout changement se rapportant à la perception de la pension alimentaire versée par le parent à qui incombe le paiement de cette pension.

Je certifie et déclare sous peine de parjure, en vertu des lois de l'état de Washington, que les informations qui précèdent sont exactes et véridiques.

Signé à _____, Washington.

Signature : _____ Le : _____

Aucune personne ne subira de discrimination en matière d'emploi, de services ou pour tout aspect des activités du programme, en raison de sa race, sa couleur de peau, son origine nationale, ses croyances, sa religion, son sexe, son âge ou son éventuel handicap. Le présent formulaire est disponible dans d'autres formats sur demande.